69e Année. 11e Série. Tome I. N° 3 15-Janvier 1898

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Revue Clinique de Médecine, Chirurgie & Obstétrique

Directeur : Dr F. DE RANSE

Depuis le 1er janvier, les Bureaux de la Gazette Médicale de Paris *sont transférés à l'*Institut de Bibliographie, *93, boulevard Saint-Germain, Paris.*

Adresse télégraphique : A.P.S. — Paris.

Téléphone : 810.53.

SOMMAIRE. — Bulletin : Le Monument de Guy-Patin, par Debaut-Manoir. — Clinique Chirurgicale : De la brièveté palatine, par A. Castex. — Revue générale : La chirurgie du canal hépatique, par Marcel Baudouin. — Revue des Sociétés savantes de la Semaine : *I. La Médecine. — II. La Chirurgie.* — Revue de Thérapeutique. — Instruments nouveaux : Stérilisateur portatif pour la stérilisation des instruments coupants et piquants, par M. le Dr Charier. — Nécrologie : M. le Dr Ernest Hart (de Londres). — Variétés : La gemmellité. — Nouvelles et Faits divers.

BULLETIN

Le Monument de Guy Patin.

On ne se contente plus désormais d'élever des statues aux grands hommes. On veut des monuments pour ceux qui se signalent par l'intrépidité de leurs *vaines* et *mauvaises* récriminations. Nos statuaires ont-ils donc si peu de commandes sur la planche? Tel est le cas incroyable du monument qu'une Commission veut édifier en l'honneur de Guy Patin, dans son pays natal, à Hodenc-en-Braye!

Certes, ce médecin de pacotille fut un polémiste de certaine valeur, et encore! Certes, il sut allier à de jolis coups de langue de fins traits d'esprits. Mais sont-ce vraiment-là qualités suffisantes, talents d'ordre si supérieur, pour qu'on lui fasse un si grand honneur!

Ce n'est pas l'avis de plusieurs de nos confrères et l'un d'eux ne disait-il pas récemment?

« Guy Patin ne fut ni un penseur, ni un savant, ni un écrivain; mais ce fut une mauvaise langue et ses bons mots aux dépens des hommes et sur les choses du jour étaient tellement recherchés que les grands seigneurs et les riches bourgeois l'invitaient à dîner, et, pour exciter sa verve mettaient, dit-on, sous sa serviette, un louis d'or, monnaie qui, outre sa valeur, était une rareté, puisque les premiers furent frappés en 1640 à l'effigie de Louis XIII! »

Comme le remarque également notre confrère, il y a tout lieu de croire que cette dernière anecdote est du genre de celles que Guy Patin inventait lui-même, à la manière de l'Arétin, pour les besoins des causes qu'il plaidait.

« Dans sa propension malicieuse à médire, il admettait, sans le moindre sens critique, tout ce qui pouvait désobliger quelqu'un. Dépourvu de toute science et imbu des préjugés aristocratiques des facultés gothiques, il pratiquait une sorte de médecine scholastique, qui lui fit prendre en horreur les remèdes que proposaient ceux de ses confrères pour lesquels l'art de guérir n'avait pas dit son dernier mot par la bouche d'Hippocrate et de Galien! Ses polémiques contre le quinquina et l'émétique le conduisirent même au scepticisme médical et il finit un jour par proclamer qu'il n'y avait que trois remèdes : l'eau de mauve, le sirop de fleurs de pêcher et le petit lait pour purger! »

Nous pourrions citer beaucoup d'anecdotes et d'articles du même genre. Nous espérons que ces quelques lignes suffiront à édifier nos lecteurs et les membres de la Commission! Il serait vraiment extraordinaire et tout à fait fin de siècle de représenter en bronze, sous les traits de Guy Patin, les potins de concierge élevés à la hauteur d'une institution.

Dr Debaut-Manoir.

CLINIQUE CHIRURGICALE

De la brièveté palatine.

Par A. CASTEX,
Chargé du cours de laryngologie, rhinologie et otologie à la Faculté de Paris.

Leçon recueillie par René LACOUR,
Interne des hôpitaux de Paris.

Je me propose d'appeler aujourd'hui votre attention sur une affection assez rare, la brièveté congénitale du palais. C'est là, à proprement parler, une infirmité, plutôt qu'une maladie; mais une infirmité qui entraîne chez les sujets qui en sont porteurs, des troubles sérieux de la prononciation. Il faut donc, si un cas de ce genre tombe sous votre observation, que vous sachiez rapporter à leur vraie cause les troubles dont se plaindront les malades, et que vous connaissiez les différents moyens de traitement susceptibles de les corriger Mais, avant de vous exposer l'histoire de la brièveté palatine, je désire vous présenter une jeune fille qui est atteinte de cette infirmité, et qui est l'occasion de cette leçon.

Cette jeune malade, âgée de 19 ans, est venue consulter à la Clinique pour des troubles de la voix, ou plus exactement pour un défaut de prononciation portant sur certaines lettres. Mon attention s'est immédiatement portée sur sa voûte palatine et sur son voile, qui à un examen superficiel peuvent paraître normaux, mais qui n'ont pas leurs dimensions nécessaires, ainsi que je vous l'expliquerai tout à l'heure. C'est le quatrième cas de ce genre que j'observe personnellement; je dois dire aussi que c'est le cas le moins marqué.

Cette jeune fille a toujours mal parlé, et les réprimandes de ses parents ne lui furent pas ménagées lorsqu'elle était enfant. A l'âge de huit ans, elle tomba sur le nez; actuellement nous ne pouvons constater qu'une légère déviation de la cloison en haut et à droite, avec un peu de rhinite hypertrophique. Les antécédents personnels de cette jeune fille ne présentent donc aucun détail important à noter; il en est de même de ses antécédents héréditaires.

Si nous examinons la voûte palatine et le voile, nous constatons, à l'union du palatum durum et du palatum molle un petit raphé, et de chaque côté de ce raphé un petit cul-de-sac profond de 1 m/m et admettant l'extrémité d'un stylet. C'est là tout ce que nous révèle l'examen objectif.

Pour rechercher les troubles fonctionnels, soumettons cette jeune fille à l'épreuve alphabétique. Les voyelles sont toutes correctement prononcées : et c'est là une preuve qu'il s'agit d'un cas léger de l'affection qui nous occupe.

Pour les consonnes, il n'en est pas de même; si la plupart d'entre elles sont bien prononcées, quelques-unes sont manifestement nasillées, notamment les *c*, *s*, *y*, *z*.

Il m'a été donné d'observer personnellement trois autres malades dont le cas se rapproche de celui-ci. L'observation du premier de mes malades a été publiée dans les *Annales des maladies de l'oreille, du larynx*, etc. M. Lermoyez a publié en 1892 dans le même recueil une observation personnelle intéressante. En 1896, M. Egger nous a fait connaître deux autres observations.

Quelle est la meilleure dénomination qui convienne à cette affection? A mon sens, il convient de lui donner le nom de *brièveté palatine*.

C'est en 1826 que Roux, le premier appela l'attention sur les faits de ce genre. Au retour d'un voyage en Allemagne, il vit à Verviers une jeune fille, dont la voûte présentait sur la ligne médiane une portion membraneuse, les deux portions osseuses latérales n'étant pas arrivées à se souder. Cette jeune fille avait un nasillement très prononcé. Trélat, dont les études sur la chirurgie du palais sont bien connues, porta son attention sur la question qui nous occupe, et pour ce chirurgien toutes les personnes qui ont un palatum durum trop court présentent une défectuosité de la parole, c'est-à-dire nasillent.

Quelle doit donc être la longueur antéro-postérieure du palais osseux. Les chiffres donnés par les auteurs sont assez sensiblement concordants. Pour Magitot, la longueur normale du palais osseux, mesurée du collet des incisives médianes au bord antérieur du voile est de 48 m/m. Trélat, en se servant des mêmes points de repère a indiqué 50 m/m et M. Lermoyez 53 m/m. Vous voyez, d'après ces chiffres qu'on peut adopter comme moyenne 50 m/m. Or, tout individu dont le palais reste au-dessous de ces dimensions présente des troubles fonctionnels que je vais vous exposer rapidement.

Le plus frappant de ces troubles fonctionnels, celui qui attire immédiatement l'attention du médecin, c'est le *nasillement*. Vous savez tous combien ce défaut de prononciation est souvent ridicule, et quels inconvénients il entraîne au point de vue des relations

sociales. Ainsi que l'a fait remarquer Kussmaul, le nasillement ou rhinolalie, peut être, au point de vue de son mécanisme, divisé en nasillement ouvert et fermé. Il est dit *ouvert*, quand l'air va trop abondamment dans le nez; il est dit *fermé*, quand l'air pénètre trop peu dans les fosses nasales, parce que celles-ci sont obstruées. La brièveté palatine détermine, vous l'avez déjà compris, une rhinolalie ouverte. Les sujets affectés de rhinolalie ont de la peine à prononcer les consonnes explosibles : *b*, *d*, *t;* la prononciation des voyelles nasales est également défectueuse : *an*, *on* deviennent *a*, *o*. Les malades qui veulent corriger leur nasillement essayent, en contractant certains muscles de la face, à fermer leurs narines et à empêcher ainsi la fuite d'air par le nez; aussi font-ils la grimace quand ils prononcent certaines lettres. Le voile du palais n'intervient pas seulement dans la prononciation, mais encore dans l'action de siffler et de souffler. Aussi l'impossibilité de siffler et de souffler avec force constitue un autre trouble fonctionnel de la brièveté palatine, trouble qu'on observe aussi dans la paralysie du voile.

Au contraire, la déglutition se fait normalement, et les aliments ne refluent pas par le nez comme dans les paralysies du voile. C'est qu'en effet le sujet atteint de brièveté palatine a pris l'habitude de compenser l'insuffisance du voile par une contraction exagérée du muscle constricteur supérieur du pharynx. Cette explication, proposée par Passavant, a été adoptée par le professeur Panas, et je vous rappelle qu'on appelle bourrelet de Passavant l'épaississement que forme le constricteur supérieur sur la paroi postérieure du pharynx.

Que révèle l'examen objectif chez les sujets atteints de brièveté palatine? On a signalé dans quelques cas de l'ataxie dentaire. Plus souvent il existe sur le palais, un raphé médian cicatriciel, qui peut présenter, sur son milieu, un ovale membraneux. Si l'on explore, avec le doigt, le palatum durum, au lieu de trouver un bord postérieur rectiligne, on constate une échancrure angulaire à sommet antérieur. Par la rhinoscopie postérieure, on peut voir que le bord postérieur du vomer, au lieu d'être vertical, fuit en avant, et cela se comprend aisément.

Enfin il faut mesurer la longueur antéro-postérieure du palatum durum. Pour prendre cette mesure d'une façon commode et précise, j'ai fait fabriquer en étain une tige graduée en centimètres. L'étain étant très flexible, ce *palatomètre* se moule sur la voûte et en donne la longueur exacte, depuis l'épine nasale postérieure jusqu'au collet des incisives. Chez la jeune fille en question, la longueur ainsi mesurée n'est que de 35 $^{m}/_{m}$, chiffre bien inférieur à la moyenne.

La *cause* de la brièveté palatine nous échappe; c'est un vice de développement, à mécanisme peu connu. Quelquefois il y a coexistence d'autres anomalies congénitales qu'on peut considérer comme des stigmates de dégénérescence. Ainsi M. Egger, chez les malades observés par lui, a noté des hernies congénitales, des orteils en marteau, l'absence des deuxièmes incisives supérieures.

Julius Wolf, Passavant, Trélat comparent la brièveté palatine au bec de lièvre.

Le *diagnostic* de la brièveté palatine est en général facile, à condition d'y songer. Les paralysies et les perforations du voile du palais ne sauraient prêter à confusion. Si les signes fonctionnels sont en partie les mêmes, par contre, l'examen objectif du voile et l'étude des commémoratifs lèveront tous les doutes.

Certains sujets, enfants ou adultes, présentent un trouble de prononciation portant sur les consonnes et occasionné par une maladresse de la langue. Les troubles de prononciation de cet ordre constituent le zézaiement, le grasseyement, le lambdacisme; ils n'ont rien à voir avec la brièveté du palais.

Le *traitement* à opposer à l'affection qui nous occupe sera variable; on peut recourir à l'orthophonie, à la prothèse, ou à une opération chirurgicale.

L'orthophonie consistera à apprendre au malade à ne pas perdre l'air par le nez.

La prothèse consiste à employer un voile artificiel; le meilleur est celui qu'a fait construire Préterre.

Si l'on se décide à recourir à une opération chirurgicale, on pourra aviver et suturer au pharynx les piliers postérieurs. Passavant, qui a essayé ce procédé, en a également proposé un autre, qui est la *pharyngo-staphylorraphie*. Elle comprend les temps suivants : incision tranversale du voile du palais en son milieu; avivement de la face postérieure du lambeau inférieur du voile; avivement des parties correspondantes de la paroi postérieure du pharynx; enfin suture des deux surfaces cruentées.

Les opérés de Passavant n'ont retiré de l'opération que des effets insuffisants. Il me semble qu'on pourrait obtenir de meilleurs résultats en employant le manuel opératoire suivant : 1° Incision transversale du voile; 2° suture de l'incision dans le sens sagittal. Ce procédé n'a pas encore, que je sache, été employé;

il est facile de comprendre qu'il doit augmenter la longueur antéro-postérieure du voile et compenser son insuffisance. Aussi suis-je décidé d'y avoir recours si l'occasion se présente; toutefois chez notre malade, vu la légéreté du cas, je me contenterai d'un traitement orthophonique.

REVUE GÉNÉRALE

La Chirurgie du Canal Hépatique (1).

Par Marcel Baudouin,

Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Chef du Laboratoire du Cours d'Opérations à la Faculté de Médecine de Paris.

Les principales opérations que jusqu'ici on a pratiquées sur le canal hépatique sont les suivantes :

1° *Injections dans l'Hépatique;* 2° *Drainage de l'Hépatique;* 3° *l'Hépaticotomie;* 4° *l'Hépaticostomie.* Les autres opérations possibles, déjà exécutées ou non sur l'homme ou les animaux, sont : 1° *l'Hépaticolithotripsie;* 2° *le Cathétérisme de l'Hépatique;* 3° *le Massage de l'Hépatique* (refoulement des calculs de l'Hépatique); 4° *la Lithectomie de l'Hépatique* ou extraction des calculs de l'hépatique par une incision faite sur une partie quelconque des voies biliaires autre que ce canal. 5° On pourrait à la rigueur avoir à faire la *Suture de l'Hépatique* (pour traumatismes, etc.) ou *Hépaticorraphie*, manœuvre qui rentre dans l'histoire de l'Hépaticotomie.

Ces opérations n'ont guère, sauf une ou deux qui pourront peut-être être utilisées ultérieurement avec profit, qu'un intérêt purement historique, la plupart d'entre elles étant appelées à disparaître devant la marche envahissante de la chirurgie de la vésicule biliaire. Mais, comme personne, jusqu'à présent du moins, n'a abordé ces questions de médecine opératoire dans une étude d'ensemble, nous espérons faire œuvre utile, en réunissant ici tous les documents que nous avons pu recueillir jusqu'à ces derniers temps sur ce sujet ardu.

Nous avons remarqué, non sans tristesse, que la plupart des observations sont d'origine étrangère, et qu'il faudra sans doute encore quelques années avant de voir la chirurgie biliaire devenir d'un usage plus courant dans notre pays. Les résultats qu'elle a donnés sont pourtant assez encourageants pour que des Français ne la dédaignent pas!

On peut dire que la chirurgie du *Canal Hépatique* est encore dans l'enfance, puisque, malgré toutes nos recherches, nous n'avons pu découvrir dans la littérature médicale que quelques très rares cas d'interventions sur cet organe, d'ailleurs profondément situé, mais cependant d'un accès presque aussi facile, dans sa portion extra-hépatique, que le cholédoque.

Jusqu'à présent, les opérations qu'on a pratiquées en dehors des *injections* et du *cathétérisme* (1), se réduisent à quatre, analogues du reste aux opérations faites sur le cholédoque et le cystique. Ce sont : l'Hépaticotomie; l'Hépaticostomie; la Lithectomie de l'Hépatique; le Drainage de l'Hépatique par le Cholédoque, dont les dénominations indiquent nettement la nature. Mais d'autres interventions sont parfaitement possibles.

C'est ainsi que l'Hépatico-lithotripsie a pu être proposée, dès 1890, par Kocher (de Berne). « La lithotritie, a dit Kocher (2), a l'avantage de pouvoir être employée même dans le cas de calcul de l'hépatique. » Mais cet excellent chirurgien, pas plus que d'autres, ne paraît encore y avoir eu recours.

On a pratiqué quelquefois peut-être le *Refoulement des Calculs* de ce conduit soit dans le cholédoque, soit dans le cystique et la vésicule (Massage de l'Hépatique), sans les briser au préalable, et sans les extraire ultérieurement; mais ces tentatives n'ont pas été publiées d'une façon spéciale et on a à ce sujet moins de données encore que pour le massage du cystique.

On a dit et démontré, pièces en main, que, dans certains cas, l'Hépatico-entérostomie était parfaitement possible (Bezançon) (3). Ce que nous admettons très bien, car la dilatation de l'hépatique peut atteindre parfois des dimensions considérables et aussi importantes pour cet organe que pour le cholédoque et le cystique. Nous devons reconnaître pourtant que jamais jusqu'ici cette opération n'a été exécutée

(1) Cet article est le résumé d'un chapitre important du livre que vient de publier M. Marcel Baudouin : *Les opérations nouvelles sur les voies biliaires.* — Un volume, 1897, Institut de Bibliographie, Paris.

(1) Nous ne dirons rien ici de ces manœuvres générales de chirurgie biliaire, car il n'y a rien de bien spécial à leur sujet, en ce qui concerne l'Hépatique.

(2) Kocher. — *Deut. med. Woch.*, 1890, nos 13, 14 et 15.

(3) Bezançon. — *Ictère chonique par rétention biliaire due à un rétrécissement du canal cholédoque. Atrophie de la vésicule biliaire. Insuffisance hépatique;* in *Bull. de la Soc. Anat.*, 1893, n° 6, février.

ur le vivant ; mais il ne faudrait pas hésiter à la tenter, si, à la laparotomie exploratrice, on se trouvait dans des conditions analogues à celles mentionnées par notre collègue M. Bezançon, dans l'observation qu'il a présentée à la Société anatomique de Paris. On opérerait exactement comme pour la cholédocho-entérostomie ou la cystico-entérostomie.

I. — Lithectomie de l'Hépatique.

Définition. — Nous désignons sous ce nom, comme nous l'avons fait pour le cystique, l'*ablation des calculs de l'hépatique* à l'aide d'une incision ou taille portant sur une ou plusieurs autres parties des voies biliaires, soit la vésicule biliaire (*voie cholécystique*), soit le cystique (*voie cystique*), soit le cholédoque (*voie cholédochienne*), soit sur plusieurs de ces conduits à la fois (*voies combinées*). Dans ces circonstances, on peut avoir pratiqué, ou non, au préalable, l'*Hépatico-lithotripsie*, c'est-à-dire une lithotritie plus ou moins complète du calcul. La *Lithectomie* n'est alors qu'une opération secondaire.

Historique. — Cette opération a été plusieurs fois exécutée par la voie cholédochienne et même par les voies combinées, au dire d'Abbe. — Il paraît évidemment plus simple de choisir, du moins quand le calcul peut descendre facilement, la voie cholécystique ou cystique ; et ce n'est qu'en l'absence de vésicule biliaire ou quand le cystique est rétréci, ou bien encore quand il y a en même temps un calcul du cholédoque, qu'on s'efforcera d'atteindre par ce canal le calcul de l'hépatique. Mais, en réalité, comme les calculs du cholédoque accompagnent très souvent ceux de l'hépatique, on a presque toujours incisé au préalable le cholédoque.

Citons d'abord une observation déjà ancienne de Courvoisier qui, le 23 mars 1890, fit une *Lithectomie hépatique* par la voie cholédochienne, c'est-à-dire accompagnée de *cholédochotomie* (1) et mentionnons un autre cas dû à R. Abbe (de New-York) en 1891. Parmi les observations récentes, nous en avons trouvé deux de Kehr.

Manuel opératoire. — Le manuel opératoire est évidemment des plus simples. Une fois l'incision faite, soit au cholédoque (ce qui est la règle), soit à la vésicule (ce qui a dû être très rarement pratiqué), on s'efforcera de dégager, sans le briser si possible, le calcul enclavé dans l'hépatique. On y parviendra facilement à l'aide d'une sorte de petite cuillère, quand les calculs sont petits, comme dans le cas de Courvoisier. S'ils sont plus gros et adhérents, on les extraira avec précaution à l'aide d'une petite pince à mors *ad hoc*.

Comme les opérations rapportées le montrent, on opère presque toujours par une incision faite au cholédoque. Cela tient à ce que généralement on ne découvre les calculs du canal hépatique qu'après avoir recherché et enlevé ceux du cholédoque. Il n'en sera peut-être plus ainsi ultérieurement, quand on sera plus au courant de la chirurgie biliaire.

Indications. — Cette opération peut entrer en balance, dans les cas de *calculs de l'hépatique*, avec l'*Hépaticotomie*, autre opération dont nous allons parler. Reste à savoir si, comme elle le paraît à première vue, elle est réellement plus facile et moins sérieuse que l'incision simple du conduit. La lithectomie par les voies cholécystique et cystique semble être évidemment plus bénigne que l'hépaticotomie ; par contre il ne doit pas y avoir une grande différence, en fait de gravité, entre l'hépaticotomie et la cholédochotomie.

Mais ce ne sont là que réflexions théoriques, car les faits manquent, en ce qui concerne l'hépaticotomie ; et cette discussion pêche par la base : ce qui se comprend, vu la rareté relative des calculs de l'hépatique. Il est donc, ce nous semble, prudent d'attendre, avant de s'engager dans la discussion des indications de cette intervention, que des observations plus nombreuses aient été publiées.

II. — Hépaticotomie.

Définition. — L'*Hépaticotomie* est l'incision du canal hépatique, comme la cholédochotomie est la taille de ce conduit.

Cette intervention n'a jusqu'ici été faite chez l'homme qu'une seule fois et par hasard. Par suite de circonstances très spéciales, elle n'a pas été suivie de guérison.

Historique. — Cette opération a été pratiquée pour la première fois par M. le Pr Kocher (de Berne), le 8 novembre 1889, pour un gros calcul du canal hépatique, chez une femme absolument épuisée et présentant des lésions qui, à elles seules, auraient suffi à causer la mort. Ce chirurgien n'a pas encore trouvé d'imitateur.

Cette observation, aussi remarquable par la nature

(1) Courvoisier (Bâle). — *Casuist. statist. Beitr. zur Path. u. Chirurgie der Gallenwege.* — Leipzig, 1890, p. 281-282 (cas 1568).

des accidents qui ont amené le décès que par la hardiesse de l'acte opératoire, tenté à une époque où la chirurgie biliaire venait à peine de naître, est extrêmement intéressante. Il est vrai qu'on n'avait pas fait de diagnostic, et qu'en incisant l'hépatique on croyait attaquer la vésicule biliaire. Mais il n'en demeure pas moins acquis que Kocher (1) a le premier extrait par la taille de ce conduit un calcul de l'hépatique.

Au point de vue de la médecine opératoire, cette erreur de diagnostic est donc une réelle bonne fortune, malgré le décès qui en a été la conséquence, car elle a ouvert la voie à la chirurgie de l'Hépatique (1889), après celle de Thornton (1888)!

Manuel opératoire. — Sentant un gros calcul, profondément logé sous le foie et le supposant placé dans le reste de la vésicule, Kocher incisa le conduit dilaté, retira le corps étranger et ferma ultérieurement la plaie avec des fils de soie. Mais il eut le tort de fixer ensuite à la paroi abdominale cette partie des voies biliaires, dans le but de prévenir l'écoulement de bile dans l'abdomen. Il compliqua ainsi l'*Hépaticotomie idéale*, qu'il venait, sans le savoir, de parfaitement exécuter par le procédé des sutures perdues intrapéritonéales. Il en résulta, comme l'a prouvé l'autopsie une coudure du cholédoque par déplacement de l'hépatique amené et fixé à la paroi abdominale. Ce qui contribua certainement à amener la mort de la patiente, qui aurait cependant succombé très probablement, en raison des autres lésions qu'elle présentait. Le cholédoque était déplacé : d'où stase biliaire assez considérable au-dessus du coude formé; ce qui fut probablement la cause de la rupture de l'un des rameaux d'origine des voies biliaires et de l'épanchement de bile post-opératoire. Si donc on avait à pratiquer à nouveau une opération de ce genre, il faudrait bien se garder de faire cette fixation, inutile certainement, ainsi que l'établissent les nombreux cas de cholédochotomies avec ou sans sutures publiés jusqu'à présent. Si la suture était possible, on la ferait avec soin. Si elle ne l'était pas, on se contenterait de pratiquer un drainage sous-hépatique à la gaze iodoformée ou stérilisée. Ce qui donnerait une fistule de l'hépatique, d'ailleurs temporaire, si tous les calculs avaient été enlevés de l'hépatique et du cholédoque (*Hépaticostomie secondaire ou spontanée*).

(1) KOCHER (T.) : *Beitrag zur Chirurgie der Gallenwege;* in *Deut. Med. Wochenschrift*, 1890, nos 13-14 et 15, p. 255-257.

Indications. — Nous n'insisterons pas davantage sur ce cas unique, qui, s'il n'a pas été suivi de succès, n'en démontre pas moins qu'on a la possibilité (anatomique au moins) d'enlever, grâce à cette intervention, les *calculs de l'hépatique*, simples ou multiples, petits ou gros. Mais, avant d'apprécier la portée thérapeutique de cette opération et de la comparer à d'autres, portant sur le même organe, attendons que les chirurgiens aient l'occasion de rencontrer des lésions de ce genre : ce qui serait plus fréquent qu'on ne croit, si les médecins voulaient comprendre l'avenir de cette chirurgie biliaire.

III. — HÉPATICOSTOMIE.

Définition. — L'*Hépaticostomie*, comparable à la cholédochostomie et surtout à la cholangiostomie, est une opération qui, à première vue, ne paraît pas valoir mieux que ces dernières. Elle consiste à fixer à la paroi abdominale les bords d'une incision faite sur le canal hépatique ou ses principales branches, dilaté outre mesure.

Elle n'a été jusqu'ici exécutée que deux fois chez l'homme et cela en dehors de tout diagnostic précis. Elle n'a pas été couronnée de beaucoup plus de succès que l'hépaticotomie.

Il semble qu'on peut la faire non pas seulement *à travers le foie*, à la manière d'une cholangiostomie, comme dans les deux observations connues (HÉPATICOSTOMIE INTRA-HÉPATIQUE); mais aussi par la *face inférieure* de l'organe, à l'instar d'une cholédochostomie, si la dilatation de l'hépatique siège non loin de l'embouchure du cystique (HÉPATICOSTOMIE SOUS-HÉPATIQUE); toutefois cette variété opératoire n'a pas été utilisée jusqu'ici.

Historique. — C'est Thornton (de Londres), qui en 1888 (1), semble avoir fait le premier cette opération. Il retira d'une *cavité dépendant d'un des gros rameaux d'origine de l'hépatique* 412 calculs. Mais cette observation est trop incomplète et trop peu précise pour pouvoir être utilisée au point de vue de la médecine opératoire de l'*Hépaticostomie intra-hépatique*.

Mayo Robson, le 5 février 1891, a pratiqué la même opération, en traversant le parenchyme hépatique, chez une femme atteinte de dilatation kystique

(1) COURVOISIER, qui cite Thornton, dit nettement : « Ici, on a nettement fait une *fistule au foie* », autrement dit une *hépaticostomie;* mais Courvoisier n'a employé que le terme d'*hépatostomie*, qui a le tort de n'être pas assez précis.

du canal hépatique, suite de calculose cholédochienne. Il crut faire une *hépatotomie* ordinaire (1).

Manuel opératoire. — La possibilité de cette *Hépaticostomie intra-hépatique* s'explique par la dilatation énorme que peuvent atteindre les branches d'origine de l'hépatique et le canal lui-même au point où porte l'intervention. Dans certains cas, celle-ci peut être d'ailleurs si considérable qu'on peut prendre au début la poche biliaire qu'on a sous les yeux pour la vésicule. Et, si l'on incisait, on croirait faire une cholécystostomie. Dans le cas de Robson, par erreur de diagnostic, on fixa le canal hépatique à la plaie, comme si l'on avait eu à exécuter, sinon une cholécystostomie à sutures dernières, du moins une *cholangiostomie*. Après avoir incisé la dilatation au thermocautère, M. Robson sutura les bords de l'incision, faite en plein parenchyme hépatique, au péritoine pariétal, à l'aide de la capsule de Glisson. Il attaqua donc la lésion par la partie antérieure du foie : ce qui explique pourquoi il a intitulé ce cas : *hépatotomie*. Il aurait dû au moins écrire : *Hépatostomie*, comme Courvoisier l'avait fait pour l'opération de Thornton.

Nous avons dit qu'on soupçonne la possibilité d'agir sur certaines dilatations de l'hépatique par la face inférieure (comme on l'a tenté lors de cholédochostomie), par exemple dans les cas analogues à celui rapporté par Bezançon ; mais jusqu'à présent, répétons-le, personne n'a opéré par la voie *sous-hépatique*. Bien entendu, dans l'*Hépaticostomie intra-hépatique*, on opère toujours sur les *branches* de l'hépatique, tandis que, dans l'opération pratiquée au-dessous du foie, on n'attaque que l'extrémité terminale du canal.

Indications. — C'est là une opération qui certainement n'a pas le moindre avenir. Elle ne peut être, en effet, que bien rarement indiquée; et, dans les cas où elle le serait, peut-être vaudrait-il mieux tenter, si elle était possible, l'hépatico-entérostomie. En tous cas, M. Robson n'aurait pas dû la pratiquer, et, lors d'observations analogues à la sienne, c'est la cholédochotomie qui est l'opération à faire. Toutes les fois qu'une dilatation de l'hépatique aura pour cause un calcul du cholédoque, il faudra donc songer d'abord à enlever le corps du délit, ou bien se borner à une opération absolument palliative, à une anastomose. Mayo Robson a perdu sa malade pour des raisons diverses. A supposer qu'elle eût guéri de l'intervention, elle aurait gardé sa fistule, et celle-ci aurait peut-être persisté longtemps! Il aurait donc fallu ultérieurement l'aboucher avec l'intestin. Ce qui n'aurait certes pas été très aisé.

Nous pourrions en outre répéter pour l'hépaticostomie ce que nous avons dit pour la cholangiostomie (1). Nous n'insisterons pas, laissant aux faits ultérieurs le soin de plaider pour ou contre ce genre d'opérations, c'est-à-dire ces *stomies cutanées*, véritables pis-aller, qui ne sont sinon que des trompe-l'œil, du moins que des procédés d'attente, très aléatoires dans leurs résultats; les *stomies viscérales* (anastomoses) ont au contraire un avenir plein de promesses.

IV. — Drainage de l'hépatique.

Définition. — On appelle *drainage de l'hépatique* l'opération qui consiste à placer un drain dans les voies biliaires, après la laparotomie préalable, dans le but d'assurer l'écoulement au dehors pendant un certain temps de la sécrétion biliaire.

Historique. — Le drainage des voies biliaires *accessoires* est connu depuis longtemps, depuis qu'on a pratiqué l'ouverture de la vésicule; mais celui des voies biliaires *principales* n'a guère été employé que lorsqu'on a fait une cholédochotomie sans sutures ou incomplète; c'est dire qu'il remonte à quelques années seulement. On ne peut pas dire, en effet, qu'on drainait le conduit hépatico-cholédochien lorsqu'on plaçait un drain au fond de la vésicule, à l'origine du cystique.

C'est à Kehr (d'Halberstadt) qu'on doit les premiers travaux spéciaux sur ce procédé opératoire envisagé à part. Ce chirurgien, dont la compétence en ces questions est indiscutable, l'a étudié sous le nom de *drainage de l'hépatique*.

Manuel opératoire. — On peut drainer les voies biliaires principales, c'est-à-dire l'hépatique, lorsque l'abdomen est ouvert, de plusieurs façons.

(1) Mayo Robson : *On Gallstones and their treatment.* — Londres, 1892, p. 237 (Cas n° 28). — Observation n° 32 de la *Series of operations on the Gallbladder and Bile ducts* (Communication au Congrès de Rome, 1894).

(1) Ajoutons que, pour nous, la *Cholangiostomie* est l'ouverture des *fins ramuscules biliaires* DILATÉS, tandis que l'*Hépaticostomie* est celle du canal hépatique et de ses grosses branches de bifurcation. — M. Ruotte (*Arch. p. de Chir.*, 1896) réserve avec raison le nom d'*Hépatostomie* à la simple incision du foie, les *canalicules biliaires* N'ÉTANT PAS DILATÉS. — Cette dernière opération ne rentre pas dans notre cadre, mais bien dans l'étude des interventions portant sur l'organe hépatique en général.

Si la vésicule persiste, on peut drainer à travers le cystique; mais bien entendu, il faut s'assurer au préalable que ce conduit est parfaitement perméable. C'est ce qu'on peut appeler le *drainage par voie cystique* ou *indirecte*. A l'aide d'un drain très flexible, qu'on enfonce jusque dans l'hépatique, on peut très bien de la sorte assurer l'écoulement des liquides biliaires au dehors.

Quand la vésicule biliaire n'existe pas, ou si l'on a été obligé de l'enlever, on place le drain dans une incision faite au canal cholédoque. C'est là le *drainage proprement dit* ou *direct*, ou *drainage par voie hépatico-abdominale*.

Indications. — D'après Kehr, ce procédé opératoire rend les plus grands services dans les angiocholites. Il amène un dégorgement très rapide des canalicules biliaires infectés et est surtout indiqué dans les formes aiguës, accompagnées de douleurs vives. Cette manière de faire a été considérée comme très rationnelle par Sprengel.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

DE LA SEMAINE

I. — MÉDECINE

A la *Société de Biologie*, la séance du 8 janvier 1898 a débuté par une communication de M. Gellé sur **l'éducation parlée des jeunes sourds-muets au moyen du microphonographe.** Puis M. Hobbs (de Bordeaux) a parlé des expériences qu'il a faites sur le cobaye, chez lesquels il détermine une **myosite par inoculation à la jambe du bacille pyocyanique.** Les lésions sont les mêmes que celles que l'on observe en clinique dans les cas de myosite après grand traumatisme et où le streptocoque a déja joué le rôle d'agent infectieux : l'infection, encore l'infection, toujours l'infection.

C'est encore l'idée de l'infection qui a poussé MM. B. Auché et J. Hobbs (de Bordeaux) à **inoculer des cobayes avec des granulations tuberculeuses,** prises soit sur le foie, soit sur le mésentère de grenouilles inoculées dans la cavité péritonéale avec la tuberculose humaine. Il paraît que la grenouille conserve vivants les bacilles qu'on lui a injectés depuis 20, 43 et 60 jours, mais en atténuant sensiblement leur virulence. — Pour la tuberculose, en somme, il semble que nous ne soyons pas beaucoup plus avancé à cette fin d'année 1897 qu'il y a quelque temps.

Le 11 janvier 1898, a eu lieu la séance hebdomadaire de l'*Académie de Médecine*. Peu de monde, si ce n'est dans le vestibule, où, par groupes, on cause de choses diverses, comme dans une réunion mondaine.

Cependant, dans la salle des séances, quelques volumes sont offerts à l'Académie.

M. Hallopeau présente un rapport relatif au **traitement de la lèpre par la sérothérapie,** rapport qui émane du Dr J. Olaya Laverde (de Bucaramanga). Cette lecture semble très intéressante; mais malheureusement il est impossible d'entendre un seul mot (1); les groupes envahissent peu à peu la salle des séances et les causeries continuent.

M. Cornil présente une communication de M. Vigouroux sur la **pathogénie et le traitement de la maladie de Basedow.** A ce moment, tout le monde est dans la salle, et M. le Dr Pozzi, qui apparaît, est accueilli par une petite ovation, qui fait honneur à l'esprit politique de l'Académie de Médecine, visiblement favorable au maintien du Sénat : ce qui semble d'ailleurs tout à fait naturel.

Tout l'intérêt de la séance a semblé résider dans l'*élection* d'un nouveau membre associé libre. Les camps se forment et l'on procède au scrutin. Au premier tour, sur 87 voix, M. Perrier (le naturaliste) obtient 31 voix; M. le Dr Richer, 21 voix; M. Commenge, 14 voix; M. Galippe, 15 voix; M. Galezowski, 5 voix. Il y a ballottage. Au second tour, sur 83 votants : MM. Perrier, 42 voix, Richer 28, Commenge 5, Galippe 8. Au troisième tour, la lutte se concentre entre M. Perrier, qui obtient 51 voix, M. Richer 29 voix, 2 bulletins blancs et 1 voix à M. Galippe. M. Perrier est donc nommé. Sa personnalité est bien connue. On sait qu'il est Professeur au Muséum d'histoire naturelle de Paris et membre de l'Académie des Sciences. Mais que vient-il faire en cette galère? L'Institut ne lui suffit donc pas?

L'on revient alors à la partie scientifique, mais personne n'écoute plus. M. Fort fait une communication sur la **destruction rapide des rétrécissements œsophagiens par l'électrolyse,** méthode qui a donné à son auteur de bons résultats; mais sa voix, comme bien on pense, n'éveille aucun écho. M. Darier parle un instant des **nouveaux sels d'argent en thérapeutique oculaire : l'argentonine, l'argonine, la citrate d'argent,**

(1) Les travaux de M. le Dr J. Olaya Laverde ont été publiés par l'*Institut de Bibliographie*, Paris, 93, boulevard Saint-Germain. — En voici les titres : **La lèpre, son traitement par la sérothérapie.** (Communication faite à la *Conférence sur la Lèpre*, à Berlin, le 11, 16 octobre 1897). Brochure in-8° de 23 pages, Paris, 1897. Prix : 1 fr. 50. — **Travaux sur le traitement de la lèpre par la sérothérapie.** (Extraits traduits de la *Rivista medica de Santander*, février 1896, avril 1897. Brochure in-8° de 72 pages, Paris, 1897. Prix : 3 fr. — Nos lecteurs trouveront dans ces brochures tous les renseignements voulus sur cette très importante communication.

l'itrol et surtout le **protargol**, meilleur antiseptique que le nitrate d'argent et ne déterminant pas d'irritation. Enfin M. Apostoli vient faire une communication sur **l'électrothérapie appliquée au diagnostic et au traitement de quelques formes de Neurasthénie** ; d'après l'auteur, en effet, la médication électrique ne saurait être considérée comme un traitement uniforme qui, pris en bloc, est applicable à tous les cas indistinctement. Chaque mode électrique, qui utilise l'énergie électrique avec une tension, une localisation et une courbe d'excitation différentes, trouvera dans chaque cas particulier son utilisation propre et variable avec ses indications et ses contre-indications. — Avec cette communication se termine la séance qui comptera pourtant parmi les plus mémorables. On a acclamé un sénateur aimable, et on a élu un membre associé libre, déjà membre de l'Institut !

II. — LA CHIRURGIE

La séance de la *Société de Chirurgie* du 12 janvier a présenté un intérêt plus vif que celle de la semaine dernière. A part une légère interruption due à l'entrée de M. Pozzi qu'on accueille, là aussi, par une ovation assez chaleureuse, un calme relatif n'a cessé de régner, et, chose rare, on a pu entendre les divers orateurs. Car, c'est un fait à constater que, dans les diverses Sociétés scientifiques ou médicales, ce sont les choses scientifiques ou médicales qui attirent le moins l'attention. L'orateur qui fait un rapport a tout l'air de s'adresser aux murs.., confiant dans les échos sympathiques de la presse, et l'aspect d'une réunion de savants ne varie jamais ou presque jamais ! De petits groupes, de ci de là, causent des événements du jour ou de la pression atmosphérique, tandis que l'orateur, d'une voix peu convaincue, au milieu du bourdonnement, lit son travail, destiné surtout à la publicité extra-muros.

Le procès-verbal appelait la discussion sur l'intervention chirurgicale dans l'**ulcère de l'estomac**. M. Chaput est venu clore cette discussion. Il est intervenu dans cinq cas d'ulcères; il fit la gastroentérostomie antérieure ou postérieure, avec ou sans entéro-anastomose. Il a observé plusieurs fois le cancer se greffer sur l'ulcère. Il termine en disant que le diagnostic du cancer est en réalité difficile à poser : il a rencontré un cas d'adénome de l'estomac présentant, avec l'existence de la tumeur et de la cachexie, les symptômes du cancer. L'anachlorhydrie elle-même ne doit pas entraîner une conviction absolue. Bref, les symptômes classiques ne sont plus rien ; il semble qu'en réduisant ainsi leur importance, l'auteur rende le diagnostic de l'affection plus difficile, car on sera tenté d'y songer dans une foule de cas qui ne présenteront pas les symptômes ordinaires.

M. Picqué lit un rapport sur deux observations faites par M. Debovis (de Reims), l'une sur une **fracture du tiers inférieur du fémur avec interposition de tissu fibreux**, avec absence de crépitation et de transmission des vibrations le long du fémur. L'intervention amena la guérison. La deuxième observation est relative à un **corps étranger de l'utérus** : c'est un pessaire en étain ayant séjourné 15 ans dans la cavité utérine. L'auteur fit une incision dans le cul-de-sac postérieur, puis il incisa le corps et le col utérin ; il parvint ainsi à extraire le corps étranger.

La première observation détermine une remarque de MM. Berger et Lucas-Championnière, qui recommandent de ne pas faire trop tôt l'intervention ; il y a toujours, au moment d'une fracture, une contraction des muscles pouvant déterminer une interposition musculaire, interposition qui peut rétrocéder par l'extension continue.

M. Hagopoff fait ensuite une communication intéressante sur les **luxations congénitales de la hanche**, qu'il rattache surtout à l'atrophie du col du fémur; mais cette communication très longue éveille l'ennui des assistants. En vain, les avertissements de M. le Président, de M. le Secrétaire général, en vain l'impatience manifestée des sociétaires rappellent-ils à M. Hagopoff que le silence est d'or, l'auteur continue avec courage et annonce pour terminer qu'il a encore beaucoup de choses à dire. Cette scène chirurgico-comique se termine enfin et l'orateur, après tant d'efforts, quitte la tribune, au milieu de l'indifférence générale.

C'est M. Schwartz qui lui succède et qui présente un opéré qui avait une **tumeur bénigne de la parotide** ; tumeur qui englobait le canal de sténon. L'auteur a fait la « *néostomie* » de ce canal, avec l'extirpation de la tumeur. Quelques chirurgiens s'avancent pour examiner le malade, tandis que les autres partent. Il est cinq heures, et le Président lève la séance.

Dans quinze jours, on nous annonce la séance solennelle à la Société de Chirurgie. Cette fois, on fera encore un peu moins de *vraie* chirurgie !

A. P. S.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Campbell (E.). — **La tuberculose et le climat**. — *Med. Rec.*, New-York, 1897, juin 12.

Depuis qu'on a compris qu'il fallait augmenter la résistance de l'organisme aux bacilles de la tuberculose, on a préconisé le climat, l'hygiène et le régime pour arrêter les progrès de l'affection et souvent la guérir. Un facteur essentiel dans le traitement par le climat est encore à peine signalé : C'est la présence de l'ozone dans l'atmosphère des régions élevées. On sait que l'ozone est un puissant désinfectant et un stimulant pour l'appareil

respiratoire. Avant tout, il ne faut pas donner de l'air au malade, comme un médicament, à certaines doses, mais le faire vivre continuellement à l'air, dans un endroit pas trop élevé, à température uniforme, et, point essentiel, dans une extrême quiétude d'esprit.

BROWN (S.). — **The influence of climate in nervous diseases.** [*L'influence du climat dans les maladies nerveuses.*] — *N York med. J.*, 1897, LXXI, 81.

Le climat chaud amène une dépression du système nerveux, surtout lorsqu'il est également très humide et très chaud. Le climat froid et sec donne de la vigueur au système nerveux. Le changement de climat a donc une influence directe sur les affections nerveuses fonctionnelles. Le climat marin les aggrave et encore plus le climat des montagnes. Cependant beaucoup d'affections nerveuses sont améliorées par un voyage sur mer ou un séjour à une altitude élevée.

En tous cas, il faut bien prendre garde de ne pas envoyer le malade dans les pays chauds, lorsque c'est le climat froid qui lui conviendrait, et bien tenir compte de l'âge et de l'affection.

F.-A.-I. B. S.

INSTRUMENTS NOUVEAUX

Stérilisateur portatif pour la stérilisation des instruments coupants et piquants.

Par M. le Dr CHARIER (d'Angers).

J'ai fait construire un petit stérilisateur à air chaud, sans pression, dont le but est la stérilisation des instruments coupants et piquants, c'est à-dire les instruments qui ne peuvent pas être asepsiés par l'ébullition ou le flambage, sans altérer le tranchant ou la pointe (fig. 4).

Dimensions. — Dimensions extérieures : longueur 30 centimètres, largeur 10 centimètres, hauteur 6 centimètres.

Utilité. — Il est destiné aux praticiens de la campagne, pour les opérations d'urgence : hernies, amputations, etc., et aux chirurgiens des villes quand ils vont opérer au loin. Dans les hôpitaux et maisons de santé, on possède de grandes étuves fixes plus perfectionnées, mais nullement portatives.

Composition. — L'appareil se compose de : 1° Une boîte en cuivre; 2° Un petit panier métallique pour les instruments; 3° Un thermomètre marquant jusqu'à 200°; deux trous sont percés dans la couverture, un pour le thermomètre, l'autre pour l'échappement de l'air chaud.

Contenance. — On peut stériliser tous les instruments n'ayant pas plus de 26 centimètres : couteaux à amputations; bistouris, curettes tranchantes pour l'utérus, trois-quarts, robinets et montures des appareils aspirateurs, etc.

Mode de chauffage. — La lampe à alcool en verre, que tout praticien possède dans son cabinet, ou la lampe à alcool qu'on trouve dans la plupart des ménages, suffit pour obtenir 150° en dix minutes.

Fonctionnement. — On appuie les deux extrémités sur un support quelconque : livres, morceaux de bois, briques ou autre chose. On donne à ces supports improvisés une hauteur proportionnelle à la lampe qu'on a sous la main.

A 140°, on retire la lampe; le thermomètre continue à monter un peu, et on obtient 150° en dix minutes. Cette température n'altère ni le tranchant, ni la pointe des instruments qui sont dans l'appareil.

On conserve une température variant entre 135° et 150° pendant le temps qu'on veut; il suffit de mettre la lampe sous l'appareil quand le thermomètre baisse et de la retirer quand il s'élève. On jette de temps en temps un regard sur le thermomètre, tout en continant les autres préparatifs de l'opération.

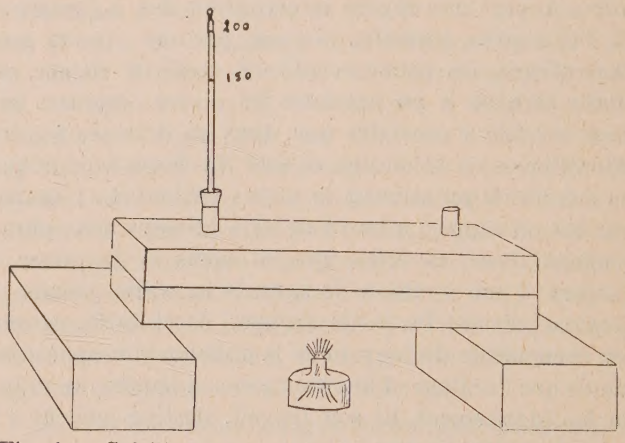

Fig. 4. — Stérilisateur portatif du Dr Charier (d'Angers).

Temps nécessaire. — La stérilisation par l'air chaud sans pression est plus longue que la stérilisation par certains autres procédés, par exemple la vapeur humide avec pression ou la glycérine bouillante au bain-marie; il faut environ quarante minutes, les instruments étant bien nettoyés d'avance.

Stérilisation chez le praticien. — Les instruments stérilisés chez le praticien, quelques heures avant l'opération, peuvent être transportés dans l'étuve, sans que l'étuve ait été ouverte. Il convient alors, avant la stérilisation, de les disposer dans le petit panier, sur une couche d'ouate aseptique et de boucher les deux trous de la couverture quand la stérilisation est terminée. L'ouate est pour empêcher les bistouris et aiguilles de s'épointer pendant le transport. (*Arch. méd. d'Angers*, n° 8, 1897.)

NÉCROLOGIE

M. le Dr Ernest HART (de Londres) (1836-1898)

Un des plus brillants représentants de la Presse médicale, un des journalistes les plus actifs et les plus entreprenants, M. le Dr Ernest Hart (de Londres), directeur du *British medical Journal*, vient de mourir. C'est une grande perte pour la médecine et la presse anglaises. Il a succombé à Brighton, où il s'était fixé depuis quelques mois pour les soins de sa santé.

Né à Londres en 1836, il fit ses études médicales à l'École de médecine rattachée à *Saint-George's Hospital*. Il s'établit comme médecin dans cette ville et exerça quelque temps comme chirurgien et ophthalmologiste. Le choix de ces spécialités, à cette époque, indiquaient déjà un esprit large, ouvert aux grandes idées et aux vastes entreprises. Hart débuta dans le journalisme à la *Lancet* et s'y fit remarquer par son tempérament de polémiste et d'homme d'action. C'est en 1866 qu'il fut appelé à diriger le *British medical Journal*, qui, sous sa direction habile et vaillante, devait devenir pour la *Lancet* un concurrent plus que redoutable. Il fonda aussi d'autres journaux de moindre envergure, par exemple le *London medical Record*, et une revue spéciale, le *Sanitary Record*. On peut dire que Ernest Hart a fait toute sa carrière dans le journalisme médical, exemple bien rare, et qui n'est guère imitable, surtout en France, où la presse spécialisée ne nourrit pas son homme. Il rendit de grands services par ses nombreuses campagnes, entr'autres celle si remarquée où il a révélé les défauts d'organisation des workhouses londoniens et celle où il a combattu pour l'amélioration des asiles et hôpitaux de la métropole. Toutes les questions d'hygiène lui étaient familières. Il a fait adopter dans de nombreuses villes du Royaume-Uni une série de règlements destinés à prévenir les épidémies propagées par la pollution du *lait*. Il a fondé une société pour la *protection de l'enfance* et contribué beaucoup au développement de celle contre l'*abus du tabac*.

Voici les principales brochures publiées par M. Hart :

On diphtheria, its history, progress, symptoms, treatment and prevention. Lond., J. Churchill, 1859, 12°, 36 p. — *On some of the forms of disease of the eye constituting the condition commonly amaurosis.* London, J. Churchill and Sons, 1864, 8°, 32 p. — *On account of the condition of the infirmaries of London work-houses.* (Printed from *The Fortnightly Review*). Lond., Chapman and Hall, 1866, 8°, 16 p. — *The truth about vaccination and refutation of the assertions of the anti-vaccinators.* Lond., Smith, Elder and C°, 1880, 8°. XII, 75 p. — *Note on the formation of fibrine.* London, J. E. Adlard, 1882, 8°, 7 p., 1 pl. — *Picturesque burma; post and presents*, London, 1877, etc., etc.

Nous ne parlerons pas, bien entendu, des innombrables articles de journaux dus à sa plume autorisée; plusieurs numéros de ce journal n'y suffiraient pas.

C'est un esprit de haute volée, quelque chose comme un Émile de Girardin de la presse spéciale anglaise, qui disparaît. Certains ont voulu, à diverses reprises, lui reprocher son amour de la spéculation, ses entreprises de publicité conçues avec un grand sens des affaires; c'était tout bonnement de la jalousie, de la calomnie et de l'ignorance, en ce qui touche le métier qu'il exerçait. Ne sait-on pas, aujourd'hui, que pas un seul journal, — surtout médical — ne peut vivre sans faire œuvre de commerçant? Dès lors, pourquoi crier haro sur ceux qui, par leurs réelles qualités intellectuelles, font rendre à cette industrie tout ce qu'elle doit légitimement donner, au demeurant pour le plus grand bien de la vulgarisation scientifique et partant de l'humanité. Les journalistes médicaux français auraient dû faire déposer sur le cercueil de ce médecin, aussi illustre qu'un de leurs professeurs, une couronne de fleurs de Nice, de ces fleurs qu'aiment tant les Anglais, en témoignage d'admiration pour ce maître de nous tous.

Dr Debaut-Manoir.

VARIÉTÉS

La gémellité.

M. le Dr Bertillon vient de publier quelques documents qui révèlent des lois tout à fait inattendues, dit la *Semaine Médicale*, sur l'influence de l'âge et du rang de l'accouchement dans la gémellité. La fréquence des naissances gémellaires a déjà été étudiée par divers statisticiens, et notamment par M. Bertillon père, en 1875. Mais ni celui-ci, ni les autres auteurs, n'avaient eu à leur disposition de chiffres relatant l'âge des parturientes. Depuis lors, plusieurs pays ont comblé cette lacune dans leurs tableaux statistiques, et l'on peut maintenant voir ce qu'il en est réellement à cet égard, en se basant sur des périodes de temps suffisamment longues.

La ville de Munich publie depuis plus de quinze ans la statistique des naissances illégitimes, simples ou multiples, selon l'âge des parturientes. D'après les chiffres de cette statistique, on compte, pour l'ensemble, 10.5 grossesses doubles sur 1,000 grossesses; mais si l'on envisage l'âge de la mère, on relève les différences suivantes :

De 18 à 20 ans	4.8
De 21 à 25 ans	7.5
De 26 à 30 ans	12.1
De 31 à 35 ans	16.2
De 36 à 40 ans	20.8
De 41 à 45 ans	19.5

Ainsi, la fréquence des naissances gémellaires augmente avec l'âge de la mère, au point que, de 36 à 40 ans,

elle est quatre fois plus forte qu'elle ne l'était de 18 à 20 ans.

Cette conclusion se trouve confirmée par la statistique de la Nouvelle-Galles du Sud et surtout par celle de la ville de Saint-Pétersbourg.

Nouvelle-Galles du Sud (1893-1895).

De 15 à 19 ans	6.26
De 20 à 24 ans	6.84
De 25 à 29 ans	8.95
De 30 à 34 ans	12.78
De 35 à 39 ans	16.20
De 40 à 44 ans	13.09
De 45 à 49 ans	9.00
Moyenne	10.51

Ville de Saint-Pétersbourg (1882-1892).

De 16 à 20 ans	6.0
De 21 à 25 ans	9.5
De 26 à 30 ans	14.2
De 31 à 35 ans	20.3
De 36 à 40 ans	21.7
De 41 à 45 ans	15.5
De 46 à 50 ans	16.0
Moyenne	14.7

Le document russe fait connaître, en outre, le rang de l'accouchement, et cette donnée jette sur la question un jour entièrement nouveau. On vient de voir que, pour la ville de Saint-Pétersbourg, on comptait 14 grossesses doubles sur 1,000 grossesses; le tableau suivant met le chiffre proportionnel des naissances gémellaires en regard du nombre des accouchements de la mère. S'il agit :

Du 1er accouchement	8.1
Du 2e —	9.9
Du 3e —	13.4
Du 4e —	15.0
Du 5e —	18.7
Du 6e —	21.1
Du 7e —	21.5
Du 8e —	22.3
Du 9e —	25.7
Du 10e —	27.3
Des accouchements suivants	27.7

La progression est ininterrompue. Une primipare a trois ou quatre fois moins de chances de procréer des jumeaux qu'une femme qui en est à sa neuvième ou dixième grossesse. Ce résultat est-il dû à l'âge qu'ont nécessairement atteint des femmes qui ont eu un si grand nombre d'enfants, ou bien à ce que les femmes sont d'autant plus multipares qu'elles sont plus âgées? Le document russe permet aussi de répondre à cette question, car il distingue simultanément l'âge des parturientes et le nombre de leurs grossesses antérieures.

L'influence de l'âge est moindre que celle du rang de l'accouchement. La gémellité des primipares de 36 à 40 ans dépasse de peu celle des primipares de 21 à 25 ans; sur les mères dont six naissances ont déjà prouvé la fécondité, l'influence de l'âge est nulle, tandis que l'existence de nombreuses grossesses antérieures augmente considérablement la probabilité d'une grossesse gémellaire.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

Distributions honorifiques. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Chevaliers. — MM. les docteurs Barth, Bouchardat, H.-C. Chevalet, E. Hirtz, Marchand, Louis Martin (de Paris); Anner (de Brest); Jules Baley (de Châteaulin); de la Bellière (de Bréhal); Berthollet (de Grenoble); Bourée (de Châtillon-sur-Seine); Darlan (de Nérac); Escorne (de Saint-Yrieix); Fabre (du Puy); Fauré (de Loubens); Hache (de Reims); Heydenreich (de Nancy); Vergne (de Tulle); Warenghem (de Calais); Guilbert (ancien préfet); Auger, Bayvel, Bosc, J.-M. Brousses, Christy, Lucien Collin, Collinet, Leprêtre, P.-L. Mary, Namin, Pascaud, Riff, Rivière, Sibut, Verdier, Véron (médecins de l'armée active); Cazes (médecin de l'armée territoriale); Emile Aubry, Duville, Henric, Lassabatie, Le Méhauté, Menier, Tréguier, Vinas (médecins de la marine); Hache (médecin de réserve de la marine); G. Merveilleux, Rousselot-Bénaud (médecins des colonies).

Médecin sénateur. — Notre cher collaborateur et maître, M. le Dr Pozzi, professeur à la Faculté, chirurgien des hôpitaux, vient d'être nommé Sénateur de la Dordogne. — Nos plus cordiales félicitations.

Conseil supérieur de l'Assistance publique. — Par décret, sont nommés membres du conseil supérieur de l'Assistance publique : M. le Dr Porson, (de Nantes) en remplacement de M. le Dr Mireur, démissionnaire; M. van Cauwenberghe, maire de Saint-Pol-sur-Mer (Nord), en remplacement de M. le Dr Gibert, démissionnaire.

La fièvre typhoïde à Maidstone. — *Le Local Government Board* a décidé d'ouvrir une enquête sur les causes de l'épidémie de fièvre typhoïde de Maidstone.

Nécrologie. — M. le Dr Bon, de Paris, reçu en 1873. — M. le Dr de Prez Crassier, du Hâvre. — M. le Dr Lemercier, du Hâvre, reçu en 1856. — M. le Dr Bérard (J.) de Charlieu (Loire) reçu en 1853. — M. le professeur Zaccharine, (de Moscou). — Plusieurs fois déjà le bruit a couru de la mort de M. le Dr de Silveira (de Nantes). Cet honorable médecin prie de démentir ces bruits qui, on le comprend, n'ont rien d'agréable pour lui. Il est vivant, bien vivant; et, s'il vient de faire une très grave maladie qui a pu donner naissance à la nouvelle de sa mort, il est aujourd'hui complètement rétabli.

L'Administrateur-Gérant : Émile Peinson.

Paris. — Imp. de la Bourse de Commerce (Ch. Bivort), 33, rue J.-J.-Rousseau.